



Montessori Landesverband Berlin-Brandenburg e.V.

Beitrittserklärung

Hiermit beantrage ich,

Einrichtung oder Vereinigung: _____

Name, Vorname oder Vereinigung: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

E-mail: _____

Homepage: _____

Telefon: _____

Fax: _____

Ansprechpartner/in: _____

die Mitgliedschaft im Montessori Landesverband Berlin-Brandenburg e.V.

Für Träger pädagogischer Einrichtungen:

Unser Träger hat _____ Kinderhaus/-häuser und / oder _____ Schule(n)
mit _____ Kindern und _____ Schülerinnen und Schülern.

Für eingetragene Vereine:

Unser Verein hat _____ Mitglieder.

Das pädagogische Konzept der Schule(n) und/oder des(r) Kinderhauses/-häuser fügen wir bei. Wir tragen zum Ausbau und Verbesserung des Informationsstands und -austauschs im Landesverband bei und werden z.B. bei An- und Umfragen zeitnah Auskunft geben. Ein begründeter Antrag auf Ermäßigung kann gestellt werden.

Jahresmitgliedsbeitrag

1. Natürliche Personen jährlich 40,- €
2. Fördernde Mitglieder jährlich 60,- €
3. Träger von pädagogischen Einrichtungen je Montessori-Einrichtung 80,- €, zusätzlich je Schulkind: 1,50 € / je Kinderhauskind: 0,75 €
4. Eingetragene Vereine, die keine Trägerfunktion wahrnehmen 80,- € zusätzlich je Mitglied des Fördervereins: 1,50 €
5. Ausbildungsinstitute mindestens 300,- €

Der Jahresmitgliedsbeitrag beträgt entsprechend der Beitragsordnung: _____ €

Wir/Ich möchte/n **keine Einzugsermächtigung** erteilen und überweise/n auf das Konto des Montessori Landesverband Berlin-Brandenburg e.V.:

GLS Gemeinschaftsbank IBAN DE02430609671162254200 BIC GENODEM1GLS

SEPA-Lastschriftmandat (SEPA Direct Debit Mandate)

Wir/Ich ermächtige/n den Montessori Landesverband Berlin-Brandenburg e.V., dass der von der Mitgliederversammlung festgesetzten Mitgliedsbeitrag von unserem Konto im SEPA-Basis-Lastschriftverfahren einzuziehen. Zugleich weisen ich/wir mein/unser Kreditinstitut an, die vom Montessori Landesverband Berlin-Brandenburg e.V. auf unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber: _____ Bank: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Ort, Datum: _____ Unterschrift: _____

Hinweis: Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Bitte ausgefüllt zurück an:
Montessori Landesverband Berlin-Brandenburg e.V.
Stolperländer Weg 45, 13503 Berlin